FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

367

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mme DALAYRAC, née COUDERT

LICENCIÉE ÈS-SCIENCES

Née à Montferrand, le 22 novembre 1884.

QUELQUES NÉPHRECTOMIES

POUR

Tuberculose rénale

Président : M. SEGOND, *Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ACHARD.
Pathologie médicale		DEJERINE. WIDAL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		MARIE (Pierre).
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		HARTMANN.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		CHAUFFARD
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Cllinique des maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		QUENU. RECLUS. SEGOND. DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements		PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculte : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MARI

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur P. SEGOND

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A M. le Professeur agrégé Auguste BROCA

Chirurgien des hôpitaux.

qui voulut bien inspirer cette thèse et nous donner en maintes occasions de précieux encouragements.

Nous ne voudrions pas terminer nos études médicales sans remercier ici nos maîtres de Clermont-Ferrand, MM. les Professeurs BOUSQUET, directeur de l'Ecole, MAURIN, POJOLAT, LEPETIT, ARGAUD, PIOLLET et DIONYS DU SÉJOUR, qui furent très bienvellants pour moi.

Nous conserverons toujours un excellent souvenir de l'enseignement si vivant de MM. les Professeurs BUY et BILLARD.

A Paris, nous suivîmes avec beaucoup d'intérêt les services de MM. les Prof. RECLUS, BAR et BROCA, ainsi que celui du Docteur André PETIT.

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion, dans le service du Professeur Aug. Broca, à l'hôpital des Enfants-Malades, de voir opérer un enfant atteint de tuberculose rénale fistuleuse, nous rapprochâmes ce cas qui nous parût fort intéressant de celui que notre maître avait déjà publié dans ses *Leçons cliniques de Chirurgie infantile* et qui lui ressemblait beaucoup.

Nous fûmes frappée de la rareté de cette forme clinique et surtout de la difficulté de son diagnostic.

Nous nous intéressâmes, dès lors, aux cas de néphrectomies pour tuberculose rénale opérées dans le service et nous résolûmes d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Les exemples de la tuberculose rénale que nous envisagerons dans ce modeste travail sont évidemment des cas de tuberculose chirurgicale.

On appelle, en effet, tuberculose chirurgicale du rein, toute manifestation tuberculeuse de cet organe qui peut donner lieu à une intervention chirurgicale.

C'est assez dire que l'on exclue, de ce fait, la tuberculose miliaire, la granulie rénale d'origine sanguine qui n'est que la manifestation, au niveau du rein, d'une maladie générale, d'une septicémie ressortissant essentiellement à la pathologie médicale.

Comme formes chirurgicales de la tuberculose rénale, il reste donc par opposition à la tuberculose miliaire, les quatre formes suivantes de l'infiltration tuberculeuse.

1° L'infiltration nodulaire (avec ou sans abcès froid) ;

2° La pyélo-néphrite tuberculeuse ;

3° La dégénérescence massive du rein ;

4° L'hydronéphrose tuberculeuse (kyste du rein).

Quant à la suppuration périrénale, elle n'est qu'une conséquence de la tuberculose du rein, lorsque celle-ci s'accompagne d'une oblitération de l'uretère. C'est la périnéphrite tuberculeuse qui, d'ordinaire crée des fistules pouvant s'ouvrir à la peau (obs. I) ou même dans un viscère (dans l'intestin par exemple, comme nous en publions un cas [obs. II]).

Cette périnéphrite tuberculeuse est rare chez l'enfant où l'on a plutôt affaire à l'abcès froid intra-rénal ou à la caverne rénale.

Cependant nous publions aussi un cas de dégénérescence massive du rein (obs. IV).

Quand il y a abcès froid rénal, son contenu ne diffère en rien du pus de n'importe quel abcès froid, son aspect extérieur indique la réaction fibreuse de l'organe mais, ce qui est plus intéressant, ce sont les lésions siégeant presque toujours sur l'uretère et pouvant amener l'oblitération de ce conduit avec toutes les conséquences d'une telle complication.

La vessie, elle aussi, présente souvent des lésions tuberculeuses concomittantes expliquant en partie les troubles vésicaux que l'on peut observer (l'incontinence d'urine par exemple).

HISTORIQUE

La tuberculose rénale est connue depuis G.-L. Bayle, qui, le premier, en publia un cas très net. Reyer, en 1841, y consacra de fort belles pages dans son livre « des maladies du rein ». C'est à lui que l'on doit, en particulier, la première observation de tuberculose rénale fistuleuse chez l'adulte (Maladies du rein : obs. XIII, page 62 et suivantes).

Depuis lors, beaucoup d'auteurs s'occupèrent de la tuberculose rénale chirurgicale et de la néphrectomie.

Nous ne voulons pas ici, dans cette courte étude, faire l'historique de cette vaste question, mais comme nous publions une observation inédite de tuberculose rénale fistuleuse chez l'enfant, il nous paraît utile de faire remarquer la rareté de cette forme.

De nos nombreuses recherches bibliographiques, il résulte que les auteurs anciens ne connaissaient, comme fistules rénales, que celles dues à une pyélonéphrite calculeuse ou encore que les fistules traumatiques.

On ne trouve guère, dans les vieux auteurs, qu'une succincte observation de StolpartVan der Wiel se rapportant à une fistule rénale consécutive à un *abcès* d'origine d'ailleurs indéterminée.

C'est le cas d'une jeune fille qui, après avoir eu des urines purulentes pendant 2 ou 3 ans, aurait eu un abcès

à la région lombaire gauche, abcès qui se serait ouvert spontanément.

Une fistule aurait persisté, sécrétant du pus pendant plusieurs années.

Rien ne prouve, d'ailleurs, que cet abcès ait été d'origine tuberculeuse.

Le premier exemple de tuberculose rénale fistuleuse chez l'enfant est celui que l'on trouve dans la thèse de Rollin (Paris 1889). Le voici :

Baker (*British med. J.*, 1881, V, I et in Brodeur, obs. 310). — *Fistule consécutive à la néphrotomie pour pyélo-néphrite tuberculeuse. Néphrectomie. Guérison.* — Jeune fille, 8 ans, néphrotomisée pour pyélite en 1880. Drainage de la plaie.

Il se forma une fistule qui ne se fermait plus. Néphrectomie 22 février 1881, par voie lombaire.

La malade guérit.

Le rein extirpé était tuberculeux et présentait des cavernes contenant du pus.

Il est à remarquer que cette observation est un peu sommaire.

Une autre observation est celle qui servit à M. le Professeur Aug. Broca, pour faire une de ses leçons cliniques. Nous la reproduisons plus loin *in-extenso*.

En somme, les observations de tuberculose rénale fistuleuse chez l'enfant, sont très rares et c'est ce qui nous a engagé à publier celle que nous avons prise à l'hôpital des Enfants-Malades.

PLAN

Voici d'ailleurs, dans l'ordre où nous les présenterons, la série des observations que nous avons pu recueillir dans le service de M. le Professeur Aug. Broca.

I. Néphrectomie pour tuberculose rénale avec fistule lombaire spontanée. — Observation inédite. — Garçon de 7 ans. Guérison.

II. Néphrectomie pour tuberculose rénale avec communication stercoro-lombaire. — Leçon clinique du Professeur Broca. — Fillette de 5 ans. — Guérison.

III. Néphrectomie pour tuberculose rénale chez une fillette de 10 ans. — Observation inédite. — Guérison.

IV. Néphrectomie pour tuberculose chez un garçon de 10 ans. — Observation inédite. — Guérison.

V. Néphrectomie pour tuberculose rénale chez l'adulte — Auto-observation inédite du Dr X... — Guérison.

Si les deux premières observations sont particulièrement intéressantes pour la rareté des cas qu'elles présentent, on s'apercevra en les parcourant toutes, qu'elles donnent également lieu à des données originales au sujet du diagnostic ordinairement si difficile de la tuberculose rénale chez l'enfant et même chez l'adulte, que cette tuberculose rénale soit fistulisée ou en voie de l'être.

Dans les observations I, II et V, le diagnostic posé était inexact et on ne se douta de la tuberculose rénale que lorsque la marche même de l'opération eût conduit l'opérateur à enlever le rein tuberculeux. Il faut remarquer, d'ailleurs, que dans ces cas-là le diagnostic n'est jamais fait ou est alors une affaire de chance. Il faut songer à la tuberculose du rein et peut-être cette idée mettra-t-elle sur la bonne voie.

Aussi, après avoir discuté une à une ces quelques observations au point de vue symptomatique, consacrerons-nous un court chapitre au diagnostic de la tuberculose rénale chirurgicale où nous verrons, en particulier, les erreurs que l'on peut commettre surtout chez l'enfant lorsque cette tuberculose rénale est fistuleuse.

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE AVEC FISTULE LOMBAIRE SPONTANÉE

Observation I (Inédite)

Fistule lombaire (chez un enfant) prise pour une ostéite iliaque gauche. — D'abord urines troubles, pollakiurie, puis urines claires, pas d'albumine, quantité normale. — Opération conduisant à néphrectomie. — Guérison parfaite.

Marcel H..., âgé de 7 ans.

Entré à l'hôpital le 1er juillet 1909, il en sortit le 30 octobre guéri.

Antécédents héréditaires. — Les parents de cet enfant sont bien portants, la mère a eu 3 enfants. 2 sont morts, dont un à 3 mois de méningite.

Elle a eu une fausse couche à 4 mois.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme.

Il a été nourri au biberon.

Première dent à 8 mois, premiers pas à un an.

Rougeole à 2 ans.

Scarlatine à 2 ans 1/2.

Histoire de la maladie. — Au mois de janvier, le petit malade a commencé à se plaindre de son côté droit.

Puis il est apparu sur ce même côté une grosseur de la taille du poing.

Les urines du malade étaient très troubles, les mictions très fréquentes et peu abondantes.

L'enfant ne s'est jamais beaucoup plaint.

Il y a trois semaines, cinq mois après le premier symptôme, la mère s'est aperçue de l'existence d'une fistule dans le dos.

A l'entrée à l'hôpital, le 1er *juillet 1909.* — L'enfant présente une fistule à la partie inférieure de l'échancrure costo-iliaque droite.

Cette fistule a la forme d'un cul de poule.

Il en sort un pus jaune avec des grumeaux.

La courbure lombaire est souple.

Il n'y a pas de gibbosité et la colonne vertébrale a sa concavité normale, ses mouvements faciles et sa souplesse parfaite.

Il n'y a rien aux deux hanches.

L'enfant ne boite pas.

Il s'agit probablement d'une ostéite iliaque gauche. L'exploration avec un stylet montre un trajet de 4 ou 5 cent. se dirigeant au dehors vers la crête iliaque.

Le 13 *juillet 1909.* — La fistule laisse couler un peu de pus jaunâtre.

La peau environnante n'est pas en très bon état. On fait un pansement tous les deux jours.

Le 15. — Examen des urines.

Pas d'albumine. Urines claires. Quantité normale.

Le 23. — Le malade est opéré par M. Broca.

Débridement de la fistule dont le trajet a de 4 à 5 cent. Il conduit obliquement en haut et en dehors vers la partie supérieure de la crête iliaque.

On explore l'os iliaque qui ne présente aucune lésion apparente.

Agrandissement de l'incision vers les fausses côtes.

Un flot de pus abondant s'écoule par la plaie.

Le rein est attiré en bas, puis décortiqué.

Ligature des vaisseaux rénaux.

Ligature de l'uretère dont l'extrémité toute supérieure est dilatée.

Ablation du rein droit. Drainage.

Le 21 *août.* — On met un drain plus petit.

Le 10 *septembre.* — Il existe très peu de pus.

Le drain est enlevé et remplacé par une mèche.

Le 3 *octobre.* — Le malade sort de l'hôpital ayant un bon état général et une cicatrisation parfaite.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

On remarquera, d'abord, que cette collection rénale tuberculeuse s'est fistulisée d'elle-même à la peau, laissant échapper un pus jaune avec des grumeaux ne contenant apparemment pas d'urine.

Que, de plus, les urines qui avaient été au début de l'affection troubles avec de fréquentes mictions, étaient devenues plus tard claires en quantité normale et ne contenant pas d'albumine.

Il n'y eût du reste jamais d'hématurie.

En somme, l'absence de signes rénaux et la présence d'une tumeur dans la région costo-iliaque, l'absence aussi de gibbosité éliminant le diagnostic d'ailleurs erroné de mal de Pott, devaient faire avant tout penser à une ostéite iliaque gauche.

Ce n'est que guidé par les événements que l'opérateur a été conduit à ouvrir une collection purulente de provenance rénale.

Il est bon de remarquer aussi que l'extrémité toute supérieure de l'uretère était dilatée.

Ce qu'il faut retenir de ce cas, c'est que rien ou presque rien n'attire l'attention du clinicien vers la vraie nature de l'affection, les symptômes rénaux étant très peu nombreux et surtout très fugaces.

Tout, au contraire, concourt à égarer le diagnostic et en particulier la rareté extrême de ces fistulisations spontanées de collections rénales chez l'enfant.

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE AVEC COMMUNICATION STERCORO-LOMBAIRE

Observation II

Néphrectomie pour tuberculose rénale fistuleuse. — *Leçons cliniques de Chirurgie infantile*, t. I, p. 461, par M. le Prof[r] Aug. Broca.

I. — *Fistule lombo-iliaque attribuée à une appendicite ancienne. — Issue d'une ascaride lombricoïde par la plaie. – Echec d'un débridement simple suivi de drainage. — Deuxième opération conduisant à la néphrectomie.*

II. — *Examen anatomique : il s'agit de tuberculose rénale. — Rareté des fistules intestino-cutanées dans les cas de ce genre.*

Je désire attirer votre attention sur l'enfant que je viens d'opérer devant vous et chez laquelle nous avons été conduits de proche en proche jusqu'au rein tuberculeux. Pour cette fistule lombaire, en effet, le diagnostic n'avait pas été porté à l'avance, quoique l'enfant depuis huit mois dans nos salles ait été déjà opérée par nous, une fois.

C'est le 16 avril 1897, que cette fillette âgée de cinq ans, m'a été présentée parce qu'elle portait un trajet fistuleux au niveau de la région lombaire droite et, qu'en outre, sa santé générale était depuis assez longtemps chancelante.

L'histoire de la maladie me fit tout de suite penser à une fistule consécutive à une appendicite suppurée.

Il y a un an, en effet, en avril 1896, sans cause appréciable, l'enfant ressentit dans la fosse iliaque droite des douleurs assez intenses pour lui arracher des cris ; puis survint une forte diarrhée avec selles fréquentes (jusqu'à 10 par jour), peu abondantes, fétides, de consistance liquide et visqueuse, de coloration jaune ou verdâtre, contenant des membranes filamenteuses.

En même temps, s'allumait la fièvre avec peau brûlante et langue saburrale, les traits s'altérèrent ; l'enfant dut s'aliter et s'amaigrir. Au bout d'un mois environ, la région lombaire droite commença à bomber et un médecin y fit une incision : un litre environ de pus jaune, strié de sang, s'écoula et l'amélioration fut après cela rapide. La fièvre disparut, l'aspect du visage se modifia, appétit et gaieté revinrent, tandis que cessaient diarrhée et douleurs, la malade se mit à engraisser et elle put quitter le lit quatre mois après le début des accidents.

Avec ce début brusque, ces troubles intestinaux concomittants, ces allures fébriles, l'appendicite à foyer lombaire me parut être la cause la plus probable de cet abcès. D'autant plus que depuis longtemps déjà, des alternatives de diarrhée et de constipation avaient précédé la crise aiguë que je viens de décrire et que, d'autre part, rien n'était à relever dans les antécédents personnels ou héréditaires. L'évolution des lésions n'eut rien de contraire à cette hypothèse.

Sans doute, après ablation du drain qu'on avait mis dans l'incision, une fistule persista, donnant issue à une

suppuration peu abondante et vous savez que ces fistules rebelles sont rares après l'incision des abcès appendiculaires.

Mais elles sont possibles et souvent compatibles, comme dans le cas actuel, avec un rétablissement très convenable de la santé générale.

D'ordinaire, il est vrai, elles sont sujettes à des rétentions, à des reprises d'accidents esquissant en petit la crise initiale et c'est précisément ce qui eut lieu dans le cas actuel.

Pendant près d'un an, la santé fut bonne puis, il y a six semaines, survint une rougeole qui évolua normalement en une quinzaine de jours, mais à la suite de laquelle reparurent brusquement dans la fosse iliaque droite des douleurs d'une violence extrême avec fièvre, agitation, insomnie. Et cette fois, les vomissements qui avaient manqué lors de la première atteinte furent incessants, survenant nuit et jour, alimentaires ou bilieux, suivant que l'enfant était ou non à jeun.

Cela dura pendant cinq jours avec inappétence absolue, amaigrissement rapide et considérable puis sortit spontanément par la fistule, une grande quantité de pus excessivement fétide, d'où une amélioration considérable, sans que cependant l'état général redevint aussi bon qu'avant cette seconde poussée.

L'inappétence diminua mais ne disparut pas complètement. La région épigastrique resta douloureuse. Des vomissements bilieux se produisirent de temps en temps.

Ce tableau était bien celui d'une récidive autour d'une appendicite ayant provoqué une fistule. Et, en tout cas, un fait spécial me fut tout de suite narré qui me confirma

dans cette opinion ; trois semaines après la crise de récidive, un ascaride lombricoïde sortit par la plaie. Un vermifuge provoqua l'évacuation de trois autres ascarides, cette fois par l'anus.

Je ne veux pas, à propos de ce cas, où ce fut tout à fait accessoire, entrer dans la discussion relative à l'issue spontanée des ascarides à travers les parois de l'intestin, à la nécessité d'une lésion ulcéreuse préexistante pour que le parasite puisse se frayer une voie.

Ici, il était bien certain qu'à l'origine, l'an dernier, l'abcès n'avait pas été vermineux, et qu'actuellement l'issue de l'helminthe démontrait la communication entre la poche suppurée et la cavité. Il était donc tout à fait raisonnable d'admettre que cette perforation portait sur la base de l'appendice ou sur la partie voisine de la paroi cœcale.

Lorsque l'enfant fut admis à la salle Giraldès, par la fistule située à la région lombaire droite, au niveau du triangle de J.-L. Petit, s'écoulait un pus jaune, très liquide, d'odeur stercorale et fétide.

De ce côté avait disparu le méplat lombaire, net à gauche, et à la palpation, on sentait un empâtement remontant assez haut ; la pression était douloureuse au-dessous et en dedans de l'orifice fistuleux vers la fosse iliaque droite qui paraissait en outre un peu empâtée ; l'abdomen était légèrement douloureux.

Cet examen local était, en somme, lui aussi, favorable à l'hypothèse d'une appendicite originelle et ce diagnostic dicta ma conduite thérapeutique.

Le pus ne se vidait pas très bien ; la preuve en était fournie par ce fait que par la pression sur la région lom-

baire, on en faisait sourdre une notable quantité ; de plus, il y avait un peu de fièvre vespérale, entre 38° et 38°5 ; enfin, l'appétit était diminué, la langue saburrale, la peau peu colorée, la diarrhée fréquente.

D'autre part, la fistule stercorale semblait bien être petite et récente, et nous savons que, dans ces conditions, les orifices du cœcum ou du colon ascendant se cicatrisent volontiers d'eux-mêmes, lorsque la poche suppurée correspondante est bien drainée. Je fis donc dilater très largement le trajet avec des laminaires, et cela fait, je vis, après installation d'un gros drain, la suppuration diminuer, la fièvre tomber, l'état général se remonter.

Mais de temps à autre, un petit fragment alimentaire (par exemple, un petit morceau vert d'herbe cuite), nous prouvait que le pertuis intestinal ne s'oblitérait pas. Aussi après avoir maintes fois différé une intervention dont l'urgence ne s'imposait pas, me décidai-je à débrider largement le clapier pyostercoral.

Le 15 juillet, l'enfant fut endormie et je fendis d'abord un décollement sous-cutané qui se dirigeait en avant.

Vers la fosse iliaque, rien ne me conduisait dans la profondeur près du cœcum. Mais, en haut, j'arrivai sur le bord extérieur de la masse sacro-lombaire et de là plus profondément sur la face postérieure de l'intestin, où, au centre d'une plaque grisâtre, s'ouvrait un petit pertuis, admettant juste la pointe du stylet. Je l'oblitérai par deux points de Lembert à la soie fine et n'allai pas plus loin.

Etais-je donc en présence d'un de ces faits aujourd'hui reconnus exceptionnels où une perforation du colon

ascendant ou du cœcum simule l'appendicite ? Cela me parut probable et en tout état de cause, je crus avoir trouvé la lésion primitive.

Je fus donc assez surpris de constater que le résultat fut nul. La fistule intestinale resta oblitérée ; à partir de ce moment, il n'y eût plus jamais de débris alimentaires dans les selles, mais ce fut tout ce que j'obtins et la fistule cutanée persista sans modification. Et c'est pour cela qu'aujourd'hui, 3 novembre, j'ai pris le parti d'intervenir de nouveau, de poursuivre jusqu'à leurs limites les clapiers dont j'avais sans doute méconnu quelques diverticules profonds. Et je me demandais avant de commencer, si derrière tout cela il n'y avait pas un point de tuberculose osseuse sur une des dernières côtes, ou sur un corps vertébral. En fendant de proche en proche tous les diverticules, en enlevant à mesure de la curette les fongosités grisâtres qui les remplissaient, je trouvai derrière le péritoine épaissi, une masse lardacée, d'aspect graisseux mais très dure, blanc jaunâtre, grisâtre, que j'extirpai par morcellement, formée de poches multiples, communiquant entre elles, tapissées d'une membrane d'aspect granuleux ; la face externe de cette masse est lisse, mais régulièrement lobulée par des sillons assez profonds. En un ou deux points, au milieu de ces sinus grisâtres, il y a une substance brun rouge. Cela, joint à la lobulation extérieure, aux cavités multiples et enfin à ce fait d'ordre opératoire que dans la profondeur, j'ai dû, après avoir terminé l'ablation, pincer et lier de gros vaisseaux formant pédicule et saignant abondamment, tout cela me fait penser que j'ai entre les mains le rein droit malade, probablement tuberculeux.

L'examen histologique a confirmé ce que nous avait fait penser l'aspect macroscopique de la pièce sur les points restés rouges, la structure du rein est évidente, et d'autre part, la lésion est sans contredit de nature tuberculeuse.

Quant à l'évolution opératoire, aucune complication ne l'a entraînée, et aujourd'hui 23 décembre, je vous présente l'enfant qui, guérie, va quitter l'hôpital.

La plaie est complètement cicatrisée, la région lombaire est souple et indolente, l'état général est parfait.

Quel sera le résultat éloigné ? — C'est, sans doute, un point des plus intéressants dans l'étude des néphrectomies pour tuberculose unilatérale et dans l'espèce, avec l'absence constante de tout symptôme vers la région rénale gauche, de toute altération pathologique des urines, nous sommes en droit d'espérer que les conditions requises pour la cure définitive sont réunies.

Dans l'évolution de la tuberculose rénale, on observe quelquefois la formation de véritables abcès froids périrénaux, un foyer caséeux intra-rénal s'étant rompu dans l'atmosphère cellulo-graisseuse périnéphrétique.

D'autre part, il est bien connu que parfois par infection ascendante partie de la vessie, sans doute la tuberculose rénale ou périrénale peut se compliquer d'infection mixte et qu'alors on assiste au tableau classique du phlegmon péri-néphrétique.

Mais qu'alors on incise simplement ce phlegmon selon le procédé habituel et la fistule après cela est la règle. C'est ce qui s'est passé en mars 1896, chez notre petite malade : une tuberculose rénale torpide latente, d'ancienneté inconnue, s'est compliquée de phlegmon périné-

phrétique aigu ou tout au moins subaigu et l'incision est restée fistuleuse. A partir de ce moment où j'ai vu l'enfant, il n'est jamais rien sorti par la fistule qui ressemblât à de l'urine pure ou mélangée de pus et quand j'ai fait la néphrectomie, il y a quelques semaines, je n'ai pas vu l'uretère. Il semble bien qu'à un moment donné le tissu rénal ait été à peu près annihilé — ce qu'a démontré l'examen anatomique de la pièce enlevée — et que l'uretère ait été oblitéré, ce qui ne veut pas dire qu'au début des accidents inflammatoires, l'infection surajoutée n'ait pas pu avoir pour source l'uretère encore perméable, ce qui ne veut pas dire non plus qu'à l'origine le pus de l'abcès, puis de la fistule, n'ait pas été plus ou moins nettement urineux.

Dans certains cas, aucun épisode aigu ne vient activer la marche de cet abcès froid, qu'on peut croire symptomatique d'un mal de Pott, et qui vient se fistuliser à la peau, soit spontanément, soit après une intervention chirurgicale (ponction ou incision). Je ne parle naturellement que des fistules au fond desquelles le rein est tuberculeux, mais qui s'ouvrent à la peau par l'intermédiaire d'une poche d'abcès froid péri-néphrétique.

Le lieu d'élection pour les fistules spontanées ou post-opératoires, est la région lombaire au niveau du triangle de J.-L. Petit, et cela se conçoit du reste. Mais, quelquefois, l'abcès froid peut descendre plus loin et, dans quelques cas, on a pu le voir arriver à la racine de la cuisse, simulant encore plus que dans le cas précédent un mal de Pott sans gibbosité avec abcès froid de la gaine du psoas.

L'abcès froid périnéphrétique n'est pas très fréquent

au cours de la tuberculose rénale qui, le plus souvent, ne franchit pas la coque du viscère et reste à l'état de pyonéphrite tuberculeuse.

Quant à la communication avec l'intestin, elle est plus rare encore. Cette communication peut se faire, soit directement entre l'intestin et le foyer rénal, soit par l'intermédiaire de l'abcès froid périnéphrétique. Dans le premier cas, elle peut porter, soit sur le duodénum, dont on connaît les rapports avec l'extrémité supérieure du rein droit, soit sur la face postérieure du colon ascendant ou descendant ; ainsi, dans le remarquable atlas de Reyer, vous trouverez une figure qui représente l'ulcération du colon descendant, par un petit foyer purulent, situé sur la face antérieure du rein tuberculeux. Et Cruveiller a vu un rein ectopié communiquer avec le rectum.

Chez ma malade, mes deux opérations m'ont permis de constater que la communication n'était pas directement rénale, mais que le pertuis, fort étroit, siégeait sur la face postérieure du colon descendant, au-dessous de la limite du rein droit et s'ouvrait, non pas dans une caverne rénale, non pas dans le bassinet, mais dans la poche de l'abcès froid péri-néphrétique, en sorte qu'il s'agissait d'une véritable fistule stercoro-purulente. Et, d'autre part, d'après la succession des phénomènes, il est bien probable qu'il n'y a pas eu, comme c'est la règle, ulcération de l'intestin de dehors en dedans, mais que le colon aminci, chroniquement enflammé, peut-être présentant à ce niveau une petite ulcération, a été troué par l'ascaride dont l'issue a été notée au bout d'un an à peu près. Car, jusque-là, rien n'avait fait songer à une perforation intestinale.

Cette opinion est confirmée par l'aspect du tout petit pertuis que j'ai vu lors de ma première opération, par la facilité avec laquelle deux points de Lembert, à la soie fine, portant sur une paroi un peu grisâtre, mais nullement friable et ulcéreuse, ont suffi pour fermer cet orifice.

Tout cela est rare à tous les âges, mais surtout chez l'enfant. Parmi les quelques observations de fistule rénocoliques que j'ai pu trouver au cours de mes rapides recherches bibliographiques, je n'en ai point trouvé qui ne fussent relatives à l'adulte ; et d'ailleurs l'abcès froid périnéphrétique d'origine rénale, est exceptionnel chez l'enfant, avec quelques réserves toutefois sur la possibilité d'erreurs entre la périnéphrite tuberculeuse et l'abcès froid d'un mal de Pott, sans gibbosité.

On songe à la lésion de beaucoup la plus fréquente, c'est-à-dire au mal de Pott, et on ne tient pas assez compte de l'absence des pseudo-névralgies, de la conservation de la souplesse rachidienne, et au total, l'erreur est très excusable quand le rein étant entièrement rongé par la tuberculose, il n'y a pas d'urine mélangée au pus, ou il y en a si peu, qu'elle est forcément méconnue.

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE CHEZ L'ENFANT

Observation III (Inédite).

Tuberculose rénale chez une fillette de 10 ans — probablement d'origine circulatoire. — Hématurie très prolongée. — Troubles vésicaux. — Insuffisance manifeste du rein malade. — Compensation satisfaisante de l'autre rein. — Diagnostic de tuberculose rénale posé. — Néphrectomie confirmant le diagnostic. — Uretère dilaté. — Depuis l'opération, guérison progressive malgré quelques autres timides localisations tuberculeuses. — Cicatrisation parfaite. — Bon état général.

Georgette L..., âgée de 10 ans.

Entrée à l'hôpital le 3 janvier 1908, en sortit une première fois le 28 janvier 1908. G. revint le 28 avril 1908 et sortit définitivement le 11 juin 1908. Suivie jusqu'au 6 avril 1910, présenta à cette date un bon état général.

Antécédents héréditaires. — On ne relève aucun antécédent héréditaire, les parents de l'enfant sont bien portants, absolument indemnes de tuberculose, sans tendance hémorragipare.

Il y a six enfants, tous bien portants. Une fausse couche dans le passé puerpéral de la mère.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme, en présentation du siège. Elle a été nourrie exclusivement au sein jusqu'a l'âge de 13 mois Elle a mis sa première dent à 8 mois et à marché à 11 mois.

Il est intéressant de noter chez cette fillette l'apparition d'une rougeole à l'âge de six ans. On sait combien cette fièvre éruptive, réputée à tort bénigne, prédispose les enfants à la tuberculose.

Histoire de la maladie. — Le début des accidents date de deux ans.

A cette époque, l'enfant commença à perdre ses urines la nuit, sans que cela lui soit jamais arrivé auparavant. Mais il n'y eut pas d'incontinence pendant le jour.

Plus tard, les urines deviennent troubles.

En même temps, la petite malade accusa des douleurs dans la région hypogastrique.

Ces douleurs furent très vives, ne s'augmentant pas par la miction, mais s'accroissant par le mouvement en se calmant par le repos.

Plus tard, l'incontinence nocturne se compliqua d'incontinence diurne.

Depuis dix-huit mois les urines sont sanglantes.

Les hématuries sont rouge vif.

Elles étaient plus abondantes au début de leur apparition que lorsque on les examine 18 mois après.

De temps en temps, les urines contenaient des caillots sanguins de petites dimensions.

L'examen ne décela jamais de calculs ni de sables urinaires.

C'est dans ces conditions que l'enfant est arrivée à M. Comby, le 24 décembre 1905.

Dans le service de médecine. Les douleurs ont actuellement absolument disparu.

L'incontinence diurne et nocturne persiste.

On constate manifestement la présence de sang dans les urines.

La recherche du bacille de Koch y reste absolument négative.

L'oculo-réaction à la tuberculine au 200e est positive.

L'enfant pendant quelques jours prend de l'urotropine à la dose quotidienne de 0,75 centigrammes, mais sans aucune espèce d'amélioration.

Les médecins qui soignent l'enfant pensent à la tuberculose du rein et on passe le malade en chirurgie dans le service du professeur Broca le 3 janvier 1908.

Examen à l'entrée en chirurgie. — Il y a hématurie certaine, bien qu'en ce moment l'urine soit à peine teintée.

D'après ce que dit la mère, ces hématuries seraient continues,

l'urine ne serait claire que pendant quelques jours, puis se teinterait de nouveau et cela depuis 18 mois.

C'est sans doute une des raisons pour lesquelles l'enfant a maigri depuis quelque temps, la mère est affirmative sur ce point.

L'incontinence semble être due surtout à de la pollakiurie, l'enfant a de très fréquentes envies d'uriner, mais n'a pas toujours le temps d'attendre le vase et laisse échapper son urine. Mais l'enfant a conscience de ce fait et sent qu'elle urine.

Cela indiquerait une excitabilité assez considérable de la muqueuse vésicale.

Il n'y a apparemment pas de pyurie.

Et celà, bien qu'il y ait un dépôt assez considérable dans l'urine.

Un examen plus complet montre pourtant qu'il y a des globules de pus.

La polyurie est difficile à apprécier, étant donnée l'incontinence partielle.

Il n'y a pas de douleurs spontanées d'aucune sorte, ni même de pesanteur lombaire.

La seule douleur est celle qu'on réveille par la palpation bimanuelle ; encore est-elle très peu accentuée.

La palpation permet de sentir le pôle inférieur du reîn gauche, assez volumineux, on a l'impression d'avoir la moitié du rein entre les mains.

Cette tumeur est assez peu bosselée et semble une hypertrophie simple de l'organe.

Elle paraît aussi peu mobile. On ne peut pas avec les deux mains la remonter sous les côtes, le déplacement latéral est également impossible.

L'examen des poumons est négatif, il n'y a pas la moindre lésion appréciable.

On ne note pas non plus la polyadénie périphérique.

Il semble que l'on ait affaire à une tuberculose primitive du rein gauche à forme corticale, hémorragique.

M. le Dr Luys rechercha, le 18 janvier 1908, la capacité vésicale qu'il trouva égale à 25 centigrammes. Elle était donc très diminuée.

La séparation des urines fut pourtant possible.

Leur examen montra une très grande insuffisance du rein gauche et une compensation très satisfaisante du rein droit.

Du 15 au 27 janvier 1908. — L'enfant présente une courbe de température cyclique élevée avec des phénomènes de bronchite légère généralisée, prédominante aux deux sommets : souffle au sommet gauche et foyers de râles sous-crépitants dans la ligne axillaire gauche.

La question de bacillose pulmonaire est un peu plus douteuse, étant donnée la défervescence, bien qu'à ce moment il persistât aussi des signes physiques.

L'enfant sort de l'hôpital le 27 janvier 1908, pour terminer sa convalescence avant d'être opérée de son rein.

Analyse des urines séparées. — Par M. Maillard, le 13 janvier 1908.

Les quantités d'urine prises dans le rein gauche étant très faibles, on a dû faire le dosage des chlorures sur une première prise et le dosage de l'urée sur une seconde.

Rein gauche :

1re prise : 1 gr. 17 d'urine.

Dosage des chlorures : 0 gr. 91 par litre.

La réaction est neutre.

2e prise : 0 gr. 61 d'urine.

Dosage de l'urée (procédé Yvon) : 9 gr. par litre.

Ce sont dans les deux cas des quantités très inférieures à la normale.

Rein droit :

1re prise : 4 gr. 50 d'urine.

Dosage de l'urée : 14 gr. 691 d'urée par litre.

2e prise : 9 gr. d'urine.

Dosage des chlorures : 11 gr. 80 par litre.

Quantités de beaucoup supérieures à celles du rein gauche et voisines de la normale.

Totalité des urines :

Il y a 8 gr. 20 d'urine.

Urée : 17 gr. 934 par litre.

Chlorures : 12 gr. 12 par litre.

Analyse des urines séparées le 11 mai 1908.

Rein gauche :

0 gr. 56 d'urine.

1 gr. 24 de chlorure de sodium par litre.

Rein droit :

1re prise : 3 gr. 70 de chlorure de sodium par litre.

2e prise : 3 gr. 50.

Totalité des urines :

3 gr. 45 de chlorure de sodium par litre.

Dosage de l'urée :

Totalité des urines : 18 gr. 915 d'urée par litre.

Rein droit :

1re prise : 20 gr. 176 d'urée par litre.

2e prise : 17 gr. 654 d'urée par litre.

En résumé, il existe une insuffisance de chlorure de sodium pour l'élimination du rein droit, quoique la proportion de cette élimination soit trois fois plus forte que celle du rein gauche.

Le rein droit et l'urine de la vessie sont assez riches en urée.

Rentrée de la malade à l'hôpital le 28 avril 1908.

Pendant la convalescence, l'état général paraît s'être amélioré, l'enfant semble avoir un peu engraissé.

Les urines auraient été moins sanglantes pendant cette période.

Examen à la rentrée à l'hôpital, le 28 *avril 1908*. — Il n'y a pas de modifications dans les signes physiques rénaux.

L'hématurie est constatée le jour même de l'entrée.

C'est une hématurie avec urines rougeâtres sans dépôt important.

L'enfant paraît avoir moins de pollakiurie qu'à son premier séjour à l'hôpital.

Pendant la nuit cependant elle urine toujours dans son lit.

A l'examen du poumon, on constate que le sommet du poumon gauche présente nettement des lésions du premier degré de la tuberculose pulmonaire.

On y trouve, en effet, un peu de submatité, d'amaigrissement sus-épineux et une inspiration un peu diminuée avec quelques râles par moments.

Le 9 *mai*. — On note une poussée de température à 39°. Céphalalgie ayant apparu assez brusquement le matin.

Rien à la gorge.

Il y a une respiration soufflante au sommet droit.

Le 11. — M. le Dr Luys fait la séparation des urines. Capacité vésicale de 10 à 15 grammes.

La séparation des urines est faite avec le séparateur à petite courbure qui est resté appliqué pendant 20 minutes.

On obtient du côté droit une éjaculation rythmique d'urine, éjaculation régulière, d'abord sanglante puis s'éclaircissant de plus en plus.

On peut recueillir deux tubes d'urine à droite, tandis qu'à gauche on a seulement quelques gouttes sanglantes.

Néphrectomie par M. Broca, le 13. — Rein bosselé par une série de poches caséeuses du volume d'une noix environ et dont l'une s'est rompue au moment de l'opération.

La pièce est remise à M. Luys.

L'uretère est gros.

On fait le drainage.

Le soir, la température est de 37°6, le pouls à 106.

Le 14. — Les urines sont sanglantes, rares (200 gram. à peine).

Il est vrai que l'incontinence persiste.

Le 15. — L'état reste le même.

Le 17. — La quantité d'urine émise a un peu augmenté, 250 gr. environ.

Elles sont encore sanglantes et tachent même fortement le linge.

Le 20. — Pour la première fois, les urines, qui augmentent progressivement de quantité, ne sont pas teintées de sang.

Le 21. — 625 grammes d'urines non sanglantes.

On fait l'ablation des fils.

Le drain donne une suppuration peu abondante.

Le 22. — Urines troubles. Pas de sucre. Albumine 0 gr. 50.

Phosphates dosés en acide phosphorique: 1 gr.06 par litre. Urée : 12 gr. 610 par litre.

Chlorures dosés en chlorure de sodium : 5 gr. 175 par litre.

Le 28. — Les urines abondantes sont de nouveau sanglantes.

Le 29. — Urines claires de nouveau.

Le 30. — 8 gr. 827 d'urée par litre.

Le 4 *juin*. — Le drain est définitivement enlevé.

L'état général est bon malgré des oscillations thermiques survenues les jours précédents.

Du 4 au 11. — Les urines sont sanglantes presque tous les jours.

La malade sort le 11 juin, la plaie est fermée.

La fillette est revue le 22 octobre. — Elle a passé trois mois à la campagne, elle est bien portante.

Il n'y a plus de pus, ni de sang dans les urines.

Il y a encore un peu d'incontinence nocturne mais plus d'incontinence diurne.

On fait la cautérisation d'un foyer commençant de lupus sur la joue droite.

Il y a dans les urines un léger trouble dû à l'albumine.

Le 31. — Analyse d'urine.

Albumine : 0 gr. 35 par litre ; urée : 10 gr. 088 par litre ; chlorures : 6 gr. 95 par litre ; phosphates : 1 gr. 40.

Il y a des sédiments, mais ils ne renferment ni pus, ni bacille de Koch.

L'enfant est revue l'année suivante, le 15 octobre 1909.

Bon état général.

L'enfant s'enrhume facilement.

Enfin, le 6 avril 1910, l'enfant est revue à nouveau. On analyse ses urines et voici les derniers résultats :

Densité des urines : 1,005 ; réaction légèrement acide ; urée : 5 gr. 765 par litre ; chlorures (en Nacl) : 4 gr. 095 par litre ; acide phosphorique : 0 gr. 55 par litre ; albumine : 0 gr. 15 par litre.

Quelques globules de pus.

L'enfant présente un bon état général.

De cette observation, il faut retenir plusieurs points. Et d'abord, les caractères de la douleur du début de l'affection, douleur qui, chez cette fillette, fut très vive à l'hypogastre ne s'augmentant pas par la miction, ne

s'accroissant pas par le mouvement et ne se calmant pas par le repos.

Les signes fournis par la tumeur rénale à la palpation sont intéressants eux aussi.

On n'a pas affaire à un très gros rein.

Mais ce qui est surtout important dans ce cas de tuberculose rénale, c'est cette hématurie si prolongée, durant des années avec des urines sanglantes d'un rouge vif contenant de temps en temps des caillots sanguins de petit volume.

C'est cette hématurie qui fit penser à une tuberculose d'origine circulatoire à localisation corticale et à tendance hémorragipare.

Le cas de cette fillette est l'exemple typique de cette forme de tuberculose rénale où la malade urine du sang pendant plusieurs mois.

L'incontinence d'urine persistant tant que le rein malade n'est pas extirpé est intéressante aussi d'autant plus qu'elle s'accompagne d'une extrême diminution de la capacité vésicale et qu'elle décèle une grande excitabilité de la vessie.

Les urines divisées à plusieurs reprises par M. Luys, et analysées par M. Maillard, offrent, à part la présence de sang, des renseignements de la plus haute importance.

L'insuffisance du rein malade est manifeste et la compensation par l'autre rein — excepté peut-être pour les chlorures — est aussi très nette.

C'est ce qui permit, du reste, une intervention chirurgicale si heureuse.

L'opération faite dans d'excellentes conditions, nous renseigne elle aussi sur la nature du cas.

On a affaire à un rein tuberculeux avec abcès froids intra-rénaux et ce qui est très intéressant, c'est qu'on peut constater, de visu, la dilatation de l'uretère.

Enfin la présence de localisations timides du processus tuberculeux dans le sommet du poumon droit et à la peau (lupus) n'est pas non plus sans intérêts.

En somme, cette fillette est évidemment tuberculeuse. La néphrectomie opérée par M. Broca, a éloigné d'elle, les accidents rénaux, mais elle n'en est pas moins menacée par d'autres accidents tuberculeux.

Elle doit, si elle veut y échapper, mener une existence saine autant que possible à la campagne.

Le résultat de la néphrectomie n'en est pas moins encourageant, car cette fillette est actuellement complètement guérie d'une affection grave qui menaçait sa vie et constituait déjà pour elle une pénible infirmité.

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE CHEZ L'ENFANT

Observation IV (Inédite)

Tuberculose rénale chez un garçon de 12 ans. — Pollakiurie très prononcée. — Hématurie peu abondante mais persistante. — Diagnostic de bacillose rénale posé malgré l'absence de signes physiques à la palpation, une épreuve des trois verres sans intérêt et des signes douloureux assez difficiles à obtenir. — Néphrectomie confirmant le diagnostic. — L'uretère est très volumineux. — Nombreuses analyses d'urines montrant l'amélioration progressive de la fonction urinaire.

Roger Mo..., agé de 12 ans.

Entré à l'hôpital le 11 février 1910, y est encore le 4 juin.

C'est un enfant amené pour pollakiurie.

Depuis un mois, il urine environ tous les quarts d'heure, le jour comme la nuit.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 34 ans de pneumonie.

Sa mère est bien portante et n'a jamais fait de fausse couche.

Antécédents collatéraux. — Sa sœur aînée est venue à terme et présente des troubles urinaires.

Elle a été soignée en avril 1909, pour une angine phlegmoneuse avec albuminurie.

Depuis plusieurs années, elle a de la pollakiurie et ne peut résister au besoin d'uriner.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à la suite d'une grossesse et d'un accouchement normaux.

Il a été élevé au biberon et a marché à 13 mois.

Il n'a pas présenté de convulsions.

Il a eu une rougeole à 2 ans 1/2.

Depuis lors, son état général est bon.

Cependant, il présente un peu de colite (glaires dans les matières).

L'enfant a été élevé en pension.

En décembre 1909, il est resté 5 jours chez sa grand'mère pour une grippe (?)

A ce moment, il urinait souvent (2 à 3 fois par heure).

Il urinait abondamment mais sans douleur.

Il est revenu chez sa mère, il y a 10 jours, il urine toujours très souvent, mais très peu chaque fois.

On remarque des taches de sang sur sa chemise.

L'enfant ne tousse pas et digère bien.

A l'entrée dans le service. — On constate un bon état général.

Il n'y a pas d'amaigrissement.

On trouve quelques ganglions engorgés aux aines. A l'examen de l'appareil respiratoire, on ne trouve pas de bacillose pulmonaire, ni d'inégalité respiratoire.

Tout est normal au cœur.

Le 11 *février*. — M. Broca est appelé pour examiner l'enfant.

Pas de calculs dans la vessie.

Le diagnostic de tuberculose rénale est posé.

Le toucher rectal ne donne rien.

Le 14. — *Examen par* M. Nobécourt. — On constate quelques ganglions sous-maxillaires.

Rien aux testicules.

Les reins ne sont pas accessibles à la palpation.

On ne peut provoquer de douleur à la pression hypogastrique.

On trouve du sang dans les urines.

Rien à l'appareil respiratoire.

Le 16. — On pratique l'épreuve des trois verres.

On n'obtient pas de différence nette entre leurs contenus.

Le 25. — Les urines sont fortement teintées de sang.

Le 24 *mars*. L'hématurie persiste. plus ou moins abondante selon les jours.

Le 2 *avril*. — L'hématurie persiste et il se manifeste un état subfébrile du malade.

Les poumons offrent une respiration légèrement modifiée. Elle est rude et granuleuse au sommet droit en arrière.

On ne note pas d'autres modifications.

Le 8. — On ne constate rien aux testicules.

On étudie les reins.

A gauche, on ne sent pas le rein.

On provoque de la douleur par la palpation bimanuelle profonde.

A droite, on ne sent pas le rein.

On provoque la même douleur.

Le 25. — *Examen par* M. Luys. — Lésions assez accentuées du rein gauche.

Ulcérations probablement banales dans la vessie.

Le 11 *mai*. — On recueille 2 litres d'urines troubles.

Pas de sang, pas de dépôt au fond du bocal.

Le 12. — Les urines sont légèrement teintées de sang.

Elles sont troubles et n'offrent pas de dépôt.

Les mictions sont indolores.

Le 15. — Urines troubles.

Très légèrement teintées de rose.

La palpation du rein ne donne pas de résultats.

On ne sent pas le rein gauche.

Cependant la main postérieure provoque un peu de douleur.

La palpation et la pression sur les points urétéraux ne provoquent aucune douleur.

Le toucher rectal seul permet de déceler une assez vive douleur à l'embouchure de l'uretère gauche dans la vessie.

Pas de douleurs spontanées, ni lombaires, ni vésicales.

Les mictions sont normales, non douloureuses.

Elles sont au nombre de 5 ou 6 par jour, de 1 ou 2 pendant la nuit.

Opération faite par M. Broca, le 18. — Incision ilio-lombaire.

Le rein est un peu gros, violacé.

Extérieurement, il ne paraît pas caséeux.

L'uretère, très volumineux jusqu'en bas, a été arraché en bas après décollement de la fosse iliaque.

Analyse d'urine le 19. — Quantité émise : 400 cc.

Densité : 1,022.

Réaction acide.

Couleur jaune ambrée foncée, trouble.

Urée : 21 gr. 437 par litre.

Chlorures : 3 gr. 50 par litre.

Phosphates : 2 gr. 90 par litre.

Albumine : 1 gr. 80 par litre.

On constate la présence d'un peu de sang.

On trouve de nombreux leucocytes.

Le rapport acide phosphorique/urée 0 gr. 135 au lieu de 0 gr. 10.

Le 20. — Le malade présente un bon état général, un bon faciès.

Température : 37°6. Pouls : 92.

La langue est un peu sèche, légèrement blanchâtre.

Le pansement n'est pas traversé.

Analyse d'urine. — Quantité émise : 850 cc.

Densité : 1,016.

Réaction acide.

Couleur jaune ambrée foncée.

Urée : 23 gr. 329 par litre.

Chlorures : 3 gr. 74 par litre.

Phosphates : 2 gr. 87 par litre.

Albumine : 0 gr. 75 par litre.

Présence de sang.

Le rapport acide phosphorique/urée : 0,123 au lieu de 0,10.

Analyse d'urine le 21. — Quantité émise : 800 cc.

Densité : 1,012.

Réaction légèrement acide.

Urée : 20 gr. 176 par litre.

Chlorures : 3 gr. 51 par litre.

Phosphates : 1 gr. 89 par litre.

Albumine : 0 gr. 60 par litre.

Présence de sang.

Le rapport acide phosphorique/urée : 0 gr. 093.

Le 22. — Le pansement est changé.
Il n'y a que du suintement sanguin.
Les compresses sont sèches.
Les drains ne donnent qu'un peu de sang.
La quantité des urines augmente.
La langue est bonne, le pouls est à 96.
Analyse d'urine. — Quantité émise : 1,250 cc.
Densité : 1,011.
Réaction légèrement acide.
Urée : 18 gr. 915.
Chlorures : 3 gr. 27.
Acide phosphorique : 1 gr. 20.
Albumine : 0 gr. 70.
Le rapport acide phosphorique/urée : 0 gr. 063.
Analyse d'urine le 23. — Quantité émise : 1,300 cc.
Quantité émise : 1300 cc.
Densité : 1009.
Réaction alcaline.
Urée : 11 gr. 349 par litre.
Chlorures : 3 gr. 22 par litre.
Phosphates : 0 gr. 73 par litre.
Albumine : 0 gr. 85 par litre.
Présence de sang.
Le rapport acide phosphorique/urée : 0 gr. 064.
Le *24 mai 1910.* — Les urines sont abondantes.
L'hématurie persiste très notable.
La température oscille aux environs de 38°.
L'état général est bon.
Analyse d'urine :
Quantité émise : 1350.
Densité : 1008.
Réaction alcaline.
Urée : 10 gr. 088 par litre.
Phosphates : 0 gr. 5104 par litre.
Chlorures : 3 gr. 25 par litre.
Albumine : 0 gr. 90.

Examen du sédiment : présence de sang, pus.
Phosphates ammoniaco-magnésien.
Le rapport acide phosphorique/urée : 0,0505.
Le *25 mai 1910.* — Les urines augmentent.
L'hématurie augmente.
Bon état général.
Analyse d'urine.:
Quantité émise : 1250.
Densité : 1006.
Réaction neutre
Couleur rouge sang.
Urée : 7 gr. 566 par litre.
Chlorures ; 3 gr. 20 par litre.
Ac. phosphorique : 0 gr. 41 par litre.
Albumine : 0 gr. 85 par litre.
Présence de sang.
Présence de pus.
Le rapport acide phosphorique/urée : 0,054.
Analyse d'urine le 26 mai 1910. — Quantité émise : 1200.
Densité : 1008.
Réaction alcaline.
Couleur rouge sang.
Urée : 13 gr. 871 par litre.
Chlorures : 3 gr. 18 par litre
Phosphates : 0 gr. 5076 par litre.
Albumine : 1 gr. par litre.
Présence de sang.
Le rapport ac. phosphorique/urée : 0,0366.
Le *27 mai 1910.* — Les urines sont moins abondantes.
L'hématurie est plus accusée.
L'enfant n'a voulu presque rien absorber.
Analyse d'urine :
Quantité émise : 750 cc.
Densité : 1015.
Réaction alcaline.
Urée : 18 gr. 915 par litre.

Chlorures : 3 gr. 27 par litre.
Phosphates : 1 gr. 026 par litre
Albumine : 2 gr. 10 par litre.
Présence de sang.
Le rapport ac. phosphorique/urée : 0,054.
Le *28 mai 1910.* — Etat à peu près stationnaire.
Analyse d'urine :
Quantité émise : 850 cc.
Densité : 1012.
Réaction alcaline.
Urée : 21 gr. 437 par litre.
Chlorures : 3 gr. 25 par litre.
Phosphates : 1 gr. 16 par litre.
Albumine : 1 gr. 50 par litre.
Présence de sang.
Le rapport ac. phosphorique/urée : 0,0544.
Analyse d'urine le 29 mai 1910. — Quantité émise : 500 cc.
Densité : 1016.
Réaction alcaline.
Urée : 32 gr. 786 par litre.
Chlorures : 3 gr. 15 par litre.
Phosphates : 1 gr. 96 par litre.
Albumine : 1 gr. 30 par litre.
Le rapport ac. phosphorique/urée : 0,0599.
Le *30 mai* 1910. — L'enfant a absorbé 3 litres de lait environ.
Les urines redeviennent abondantes.
L'hématurie est moins accusée
Analyse d'urine :
Quantité émise : 700 cc.
Densité : 1018.
Réaction légèrement acide.
Urée : 29 gr. 003 par litre.
Chlorures : 3 gr. 17 par litre.
Phosphates : 1 gr. 77 par litre.
Albumine : 2 gr. 50 par litre.
Présence de sang.

Le rapport ac. phosphorique/urée : 0,061.
Le 31. — Meilleur état général.
L'enfant s'alimente avec 3 litres à 3 litres 1/2 de lait.
L'hématurie a presque complètement disparu.
Analyse d'urine le 1er juin 1910. — Quantité émise : 1250 cc.
Densité : 1011.
Réaction alcaline.
Urée : 31 gr. 525 par litre.
Chlorures : 3 gr. 10 par litre.
Phosphates : 0 gr. 36 par litre.
Albumine : 1 gr. 10 par litre.
Présence de sang.
Le rapport ac. phosphorique/urée : 0,0116.
Analyse d'urine le 2. — Quantité émise : 1400 cc.
Densité : 1007.
Réaction alcaline :
Urée : 16 gr. 393 par litre.
Chlorures : 3 gr. 12 par litre.
Phosphates : 0 gr 37 par litre.
Albumine : 0 gr. 90 par litre.
Présence de sang.
Le rapport ac. phosphorique/urée : 0,0204.
Analyse d'urine le 3. — Quantité émise : 1750 cc.
Densité : 1006.
Réaction alcaline.
Urée :18 gr. 915 par litre.
Chlorures : 3 gr. 70 par litre.
Ac. phosphorique : 0 gr. 324 par litre.
Albumine : 0 gr. 60 par litre.
Très peu de sang.
Le rapport ac. phosphorique/urée : 0,0171.
Le 4. — Le malade est encore à l'hôpital et présente un bon état général.

Il ressort de cette observation qu'il n'est pas nécessaire

d'avoir tous les signes de tuberculose rénale réunis à la fois chez un malade pour poser un diagnostic exact.

Ici, les caractères de la pollakiurie et de l'hématurie, ainsi que leur existence simultanée, ont permis de faire un diagnostic clinique ferme.

L'hématurie légère, constante et non douloureuse était caractéristique de tuberculose rénale, mais les autres signes habituels tels que la polyurie, la pyurie, l'existence de tumeur et la douleur n'existaient pas ou existaient peu.

L'opération de la néphrectomie faite dans d'excellentes conditions montra un rein tuberculeux d'origine probablement sanguine avec un uretère dilaté. Ceci est important à noter.

Quant aux nombreuses analyses d'urine qui se succèdent de jour en jour à la suite de l'opération, elles ont un grand intérêt.

Elles marquent, d'une manière générale, l'amélioration de la fonction urinaire. Peu à peu, la quantité des urines augmente. Leur densité diminue. Leur réaction qui était acide lorsqu'elles contenaient du pus, devient plus tard alcaline.

Le sang est de moins en moins abondant et le rapport ac. phosphorique/urée diminue, lui aussi, parallèlement.

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE CHEZ L'ADULTE

Observation V (Auto-observation. Inédite)

Chez un sujet syphilitique, apparition d'une petite tumeur indolore sous le rebord costal gauche. — Puis tumeur paraissant dépendre de la crête iliaque. — Diagnostic d'ostéite vertébrale tuberculeuse posé. — Première opération, curettage de cet abcès froid. — Nouveaux signes de collection purulente volumineuse. — Deuxième opération conduisant à la néphrectomie. — Guérison parfaite sous tous les rapports.

Le malade est un médecin soigné par le Professeur Aug. Broca.

Notes du Prof[r] Aug. Broca :

M. X..., docteur en médecine, âgé de 30 ans, m'a consulté en juillet 1905, pour des accidents liés à un volumineux abcès froid lombaire dont le début semblait remonter à un an environ.

Dans les antécédents, on note une syphilis contractée à 19 ans, qui fut bien soignée et toujours bénigne. Dès que le malade se sentit en état médiocre, il s'astreignit à un traitement qui fut sans effet, et qui, d'ailleurs, fut mal supporté.

L'autre antécédent à noter est une cystite sans hématurie, qui était survenue au début de 1903, au cours d'une goutte militaire, traînant depuis trois ans. Cette cystite avait guéri en trois mois et il n'en avait plus été question.

Le malade se demande s'il ne faut pas faire remonter l'origine des accidents à trois jours de canotage qu'il fit en juillet 1904, étant en excellente santé, pour aller de Paris à Rouen, par une très grande chaleur.

Notes du malade :

Août 1904. — Début des accidents proprement dits par un frisson après un bain de mer.

Fièvre durant toute la nuit.

L'urine, le lendemain, contient un dépôt abondant.

Les jours suivants, la fièvre disparaît.

Cependant, l'appétit diminue.

Les urines sont claires le matin, un peu troubles dans la journée.

Il n'y eut de l'hématurie à aucun moment.

Janvier à mars 1905. — Peu d'appétit.

Parfois sueurs après le repas.

La nuit surviennent des secousses analogues aux « secousses électriques ».

On note un amaigrissement marqué ne correspondant à aucun phénomène localisé.

Avril. — Douleur à la partie inférieure du rebord costal gauche.

On croit à une manifestation syphilitique et on se traite à l'iodure de potassium.

La douleur disparaît en partie, mais on constate l'apparition d'une petite tumeur qui n'est pas douloureuse et qui est située sous le rebord costal gauche dont elle paraît dépendre.

L'amaigrissement continue.

On éprouve un grand besoin de dormir.

Les forces diminuent.

Juillet. - Douleur au niveau de la crête iliaque gauche en arrière.

On fait le traitement à l'iodure de potassium et aux frictions mercurielles.

Au bout de quelques jours, on constate le matin, au lit, l'apparition d'une tumeur paraissant dépendre de la crête iliaque.

Le traitement par l'iodure de potassium et le mercure ne produisant aucun résultat, on décide d'aller consulter un chirurgien.

Le 15. — Examen du prof^r^ Aug. Broca.

On constate un très gros abcès froid, fluctuant, du volume des deux poings, remplissant tout l'espace costo-iliaque et bombant en arrière dans la fosse lombaire.

Il y a de la raideur rachidienne très nette quand le malade se baisse et dès lors, malgré l'absence de toute saillie épineuse, on conclut à une ostéite vertébrale plutôt qu'à une ostéite iliaque à laquelle croyait le malade. M. Broca mit en cause en tous cas la tuberculose et non la syphilis.

Transport à Montmorency. — On fait 6 ou 7 ponctions à 10 ou 15 jours d'intervalle chacune.

Le pus se reproduit chaque fois avec rapidité, puis la peau commence à rougir et à s'infiltrer.

L'incision large est décidée.

La fièvre est entre 38° et 39°.

Novembre. — Opération par le professeur Aug. Broca.

Anesthésie à l'éther.

Incision iliaque, oblique, conduisant dans une poche typique d'abcès froid.

Curettage et mise de 2 gros drains.

La fièvre tombe, les forces semblent revenir. Mais dès le lendemain soir de l'opération, un peu de fièvre se montre et persiste les jours suivants.

Il est probable que sous l'influence de l'éther, l'urine s'est chargée de nombreux sédiments et l'uretère s'est bouché, peut-être aussi sous la pression d'un drain.

Jamais on n'a trouvé d'albumine ni de sang dans les urines.

L'uretère n'était pas obturé avant l'opération, car on a remarqué que si l'urine était claire le matin, elle était en revanche un peu trouble dans la journée.

Après l'opération, à part les 3 ou 4 jours qui ont suivi et où l'urine contenait un dépôt abondant, par suite de l'anesthésie à l'éther, l'urine ne fut plus trouble.

A partir de ce moment, l'état général se maintient avec un peu de fièvre (38°) le soir indiquée beaucoup plus par le thermomètre que par le pouls et la sensation de fièvre.

Il n'y a pas de sueurs.

Le rein droit paraît fonctionner normalement.

On constate de la constipation, des selles filiformes dues probablement à la compression du gros intestin.

Pendant 3 ou 4 mois. L'état général se maintient à peu près.

Puis la fièvre reprend, 38°5 à 39° le soir et 37° le matin.

L'appétit est assez bien conservé.

On note cependant un commencement d'amaigrissement.

Mai 1906. — L'amaigrissement continue.

Un jour en me promenant, dit le docteur X..., je sentis un poids dans le ventre dont le changement de place me procura une sensation de soulagement. Mais les jours suivants, la sensation de pesanteur située dans le ventre se reproduisit dans la station verticale mais un peu plus bas.

Cela prouvait qu'il y avait une suppuration très abondante.

Quelques jours après, une opération fut décidée.

Opération de mai 1906 par M. le Professeur Broca.

Anesthésie au chloroforme.

Large débridement de la fosse iliaque et après un curettage, on arrive sur une masse caséeuse occupant le haut de cette fosse.

En l'enlevant à la curette, on y voit autour quelque chose qui est certainement de la coque rénale encore rougeâtre.

Séance tenante, l'incision est prolongée aux lombes, contre la masse sacro-lombaire et on extrait le rein indemne bosselé, à nombreuses loges, les unes purulentes et les autres caséeuses avec quelques restes de parenchyme rénal.

On place une soie sur le pédicule vasculaire, d'ailleurs très atrophié.

Dès le lendemain, le malade manifeste un grand appétit.

Le soir, il n'y a pas de fièvre, les forces reviennent.

Pansements, lavages à l'eau oxygénée.

Septembre 1906. — Départ au bord de la mer, pansement une fois par semaine, vie au grand air. La plaie se ferme et garde de l'élasticité.

Octobre. — La plaie se ferme définitivement.

Septembre 1907. — Grandes manœuvres, bicyclette, cheval

Actuellement. — Cicatrice souple, vaseline tous les matins

Note de M. Broca, 1er juin 1910. — Etat général admirable, urines claires.

Cette observation est des plus instructives, d'abord parce qu'elle a le mérite d'être prise par le malade lui-même et un malade averti des choses de la médecine.

Nous y voyons aussi combien peuvent être peu nets les débuts d'une tuberculose rénale chirurgicale, surtout lorsqu'elle se détermine chez un individu déjà porteur d'une autre maladie également chronique comme la syphilis.

A l'apparition du premier symptôme vraiment marquant, ce médecin qui savait s'examiner concluait à une ostéite iliaque, tandis que le Profr Aug. Broca pensait à une ostéite vertébrale tuberculeuse.

Bien plus, 7 ponctions n'éclaircissent rien et même un curettage, soigneux pourtant, de cet abcès froid, ne permet pas d'en déceler l'origine rénale.

Ce n'est, là aussi, que conduit, dans une deuxième opération à de plus larges débridements, que l'opérateur arrive enfin à extirper le rein nettement tuberculeux, cause jusque-là insoupçonnée de tout le mal.

La néphrectomie faite dans d'excellentes conditions, libère enfin le malade et lui permet de reprendre rapidement une parfaite santé.

Et si on s'étonne de cela, on n'a qu'à répondre : « Quels étaient les signes vraiment rénaux de cette manifestation clinique de la tuberculose rénale ? » Tout le monde sera d'accord pour reconnaître qu'il n'y en avait pas.

Ni pollakiurie, ni polyurie, encore moins d'hématurie, pas de tumeur rénale, mais une collection purulente paraissant d'origine osseuse, pas de douleurs rénales, pas de symptômes vésicaux.

C'est encore, ici, comme dans les deux premiers cas publiés dans cette thèse et qui ont trait à l'enfant, une modalité clinique où le diagnostic ne se fait et ne peut se faire qu'avec le bistouri.

DIAGNOSTIC

Sur quels symptômes pourra-t-on fonder son diagnostic de tuberculose rénale chirurgicale ?

Cette affection se rencontre d'abord chez un sujet ordinairement jeune, pâle, affaibli.

Au début, il présente la pollakiurie, de la polyurie limpide, des hématuries légères, répétées, capricieuses, quelquefois continues, s'exagérant par la fatigue, et ne se calmant pas par le repos comme dans les tuberculoses rénales d'origine sanguine glomérulaire. Quelquefois encore l'hématurie est une véritable hémoptisie rénale.

A la période d'état, l'hématurie continue avec ses caractères particuliers, mais à elle viennent s'ajouter la pyurie spontanée, persistante, la présence d'une tumeur rénale, la douleur spontanée est provoquée par le toucher bimanuel ou par le procédé du pouce.

Enfin, on trouve souvent des troubles vésicaux dûs, soit à la participation de la vessie, à l'infection tuberculeuse, soit à l'existence de lésions banales.

Les symptômes généraux sont évidemment ceux de la tuberculose en général, la fatigue, l'inappétence, l'amaigrissement, etc., etc.

Malheureusement pour le clinicien, ces symptômes, pourtant si nombreux, sont loin d'exister tous ensemble

et même non seulement ils se réduisent quelquefois singulièrement, mais encore, s'ils existent, ils ne servent parfois qu'à vous tromper et à vous faire songer à des causes beaucoup plus habituelles que la tuberculose rénale.

C'est en particulier le cas de la tumeur rénale à localisation lombaire par exemple, et surtout de la fistulisation de cette tumeur, fistulisation qui peut faire avant tout penser à une lésion osseuse.

Dans le premier cas, dont nous nous sommes occupés, il existait une fistule lombaire que l'on a attribuée, très logiquement d'ailleurs, à une ostéite iliaque gauche.

Dans le second, c'est à une appendicite ancienne que l'on a songé en voyant cette fistule lombaire coexistant avec un grand nombre de signes d'appendicite et aucun de tuberculose rénale.

Le médecin qui écrivit lui-même son observation, attribue la tumeur fluctuante qu'il a dans la région lombaire, à une manifestation de sa syphilis. M. le Prof^r^ Broca, lui, reconnaît le processus tuberculeux mais, en l'absence de signes rénaux, en fait une ostéite tuberculeuse vertébrale.

De telles erreurs ne s'expliquent que trop en présence d'une affection dont les symptômes sont absents ou trompeurs. Nous devons tout de même en tirer une leçon pratique, c'est que lorsque nous verrons une tumeur ou une fistule dans la région lombaire occupant ou paraissant venir de la région située sous l'aire du triangle de J.L. Petit, il nous faudra penser à une affaire rénale possible surtout si nous ne pouvons établir d'une manière évidente l'existence d'un mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire,

dont l'abcès serait en migration ou encore l'existence d'un foyer de suppuration osseuse costale, rachidienne ou iliaque.

La leçon clinique du Profr Aug. Broca, nous enseigne qu'il faut encore se méfier de la tuberculose rénale alors que les symptômes généraux et intestinaux nous font penser à une appendicite à foyer rétro-cœcal. N'oublions pas que dans le cas en question des matières alimentaires et même un ascaride lombricoïde étaient venus faire issue par l'orifice de la fistule.

Si dans les observations III et IV, on avait pu poser le diagnostic d'une manière ferme, c'est qu'on avait eu l'attention attirée vers un symptôme primordial, l'hématurie malheureusement inconstant (exemple : l'observation V).

Dans ces deux cas, l'hématurie avait été typique et avait même permis dans l'un d'eux de faire le diagnostic plus précis de tuberculose rénale d'origine sanguine tant elle avait été continue, indolore et indifférente aux mouvements.

Si la polyurie limpide est en somme la règle, on voit par contre que la pyurie est vraiment capricieuse.

La pollakiurie est le plus souvent liée à une lésion vésicale et nécessite, par suite, la participation d'une grande partie de l'arbre urinaire à l'infection tuberculeuse.

Quant aux symptômes généraux, ils sont évidemment très importants en eux-mêmes, mais ne permettent nullement de différencier la tuberculose rénale d'aucune tuberculose osseuse par exemple, voire même de la syphilis qui, elle aussi, entraîne l'affaiblissement chronique de tout l'organisme.

CONCLUSIONS

En somme, ici comme ailleurs, le diagnostic se fera par l'appréciation de chaque symptôme en particulier et aussi par celle de sa valeur relative.

Malheureusement, la tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant, encore plus peut-être que chez l'adulte, a souvent des symptômes très frustes, surtout au début.

Cela s'explique assez bien par quelques notions d'anatomie pathologique.

Les symptômes rénaux ne sauraient, en effet, exister lorsque l'uretère, ayant participé au processus tuberculeux, est en partie ou totalement oblitéré. Seul l'autre rein produit alors l'urine et ce n'est que la sécrétion du rein sain que l'on examine.

Il en est de même lorsque tout un rein est atteint de tuberculose massive.

La glande rénale est totalement annihilée fonctionnellement. Un bon moyen de déceler dans ce cas, les symptômes rénaux, est assurément de faire la division des urines et l'analyse des urines séparées.

Oblitération de l'uretère ou tuberculose rénale massive entraînent évidemment une égale absence de symptômes et l'apparition d'une tumeur lombaire ou d'une fistule (lombo-stercorale par exemple) n'est pas faite pour éclairer beaucoup le diagnostic.

Nous serions très heureux, si nous avions pu démontrer à nos lecteurs qu'il faut songer à la possibilité d'une tuberculose rénale, lorsqu'on est en présence d'une collection purulente de la région lombaire que l'on ne peut franchement attribuer à un mal de Pott, à une suppuration osseuse costale, vertébrale, iliaque ou encore à une appendicite à foyer lombaire.

Dans tous ces cas, on prêtera une plus grande attention à la douleur rénale provoquée, aux troubles de la miction, à la couleur de l'urine et surtout on aura soin de faire la division des urines avec l'analyse soigneuse des urines ainsi séparées.

Si on fait le diagnostic, le traitement est suffisamment indiqué par les résultats obtenus par M. le Prof[r] Aug. Broca, dans les cinq cas que nous publions.

Il faut se rendre compte de l'état du rein qui n'est pas malade, étudier minutieusement s'il est capable de suppléer son congénère et d'assurer à lui seul la fonction urinaire. Si oui, il faut opérer.

Il faut faire la néphrectomie qui enlève le corps du délit et laisse une belle cicatrice, tandis que la néphrotomie ou la simple incision timide installent une fistule qui suppure indéfiniment.

La néphrectomie est l'opération de choix dans les cas de tuberculose rénale unilatérale, alors que l'on est sûr du bon fonctionnement du rein que l'on laisse.

Vu :
Le Président de la Thèse,
SEGOND.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 7

HISTORIQUE 9

PLAN 11

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE AVEC FISTULE LOMBAIRE SPONTANÉE 13

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE AVEC COMMUNICATION STERCORO-LOMBAIRE 16

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERBULOSE RÉNALE CHEZ L'ENFANT 26

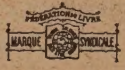
IDEM IDEM 35

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE CHEZ L'ADULTE 44

DIAGNOSTIC 50

CONCLUSIONS 53

Travail executé en commandite par des ouvriers syndiqués

Saint-Brieuc 

Imp. F. Guyon.